

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DES DIVERTICULES
DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Mai 1923

PAR

Édouard-Constant BATS

Né à MONT-de-MARSAN (Landes), le 17 Juin 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		G. DUBREUIL, professeur.....		
		DUVERGEY, agrégé		} <i>Juges.</i>
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé..		

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1923



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 113

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DES DIVERTICULES
DE LA VESSIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 44 Mai 1923

PAR

Édouard-Constant BATS

Né à MONT-de-MARSAN (Landes), le 17 Juin 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		G. DUBREUIL, professeur.....	Juges.
		DUVERGEY, agrégé	
		LACOSTE, chargé des fonctions d'agrégé ..	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS....., Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.



PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
Clinique chirurgicale.....	Médecine expérimentale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique ophtalmologique.....
Clinique d'accouchements.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	Clinique gynécologique.....
Anatomie.....	Clinique médicale des maladies des enfants.....
Anatomie générale et histologie.....	Chimie biologique et médicale.....
Physiologie.....	Physique pharmaceutique.....
Hygiène.....	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	Clinique des maladies des voies urinaires.....
Chimie.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
Botanique et matière médicale.....	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Pharmacie.....	Toxicologie et hygiène appliquée.....
	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	Médecine générale.....
Histologie.....	Maladies mentales.....
Physiologie.....	Médecine légale.....
Anatomie pathologique.....	Chirurgie générale.....
Parasitologie et sciences naturelles.....	Obstétrique.....
Physique biologique et médicale.....	Ophtalmologie.....
Chimie biologique et médicale.....	Pharmacie.....
Médecine générale.....	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	Puériculture.....
Médecine opératoire.....	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....
Accouchements.....	Chimie.....
Ophtalmologie.....	Pathologie interne.....
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEIS ET MAGISTRIS, AMICISQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Singula de nobis anni praedantur euntes.

(HORACE.)

Avant d'entreprendre cette modeste étude, dernier acte de scolarité et timide essai de notre expérience médicale, il est de notre devoir de jeter un coup d'œil en arrière et, à la veille de quitter ce passé fait d'ardents enthousiasmes et d'insouciance folle, d'évoquer le souvenir de ceux qui nous ont guidé, aidé avec constance, enfin fait arriver au terme de nos études.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos sentiments de gratitude et de reconnaissance pieuses à notre Père et à notre Mère; nous voudrions tout dire de ce que nous devons à leur affection que rien n'a pu affaiblir, dire les inquiétudes qu'ils ont dû avoir, les efforts qu'ils ont dû faire, les sacrifices auxquels ils ont consenti, mais les mots nous semblent bien faibles, et nous ne pouvons en ce jour que nous recueillir, nous souvenir et écouter parler notre cœur.

Nous tenons à remercier M. le Professeur CHAVANNAZ de l'indulgence qu'il a eue pour nous pendant les quelques mois d'externat que nous avons passés dans son service, de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné, des connaissances que son zèle et la maîtrise de son enseignement nous ont permis d'acquérir, enfin de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous devons à M. le Professeur agrégé DUVERGEY l'idée de ce travail; il nous a, dans sa réalisation, aidé de ses

conseils et guidé de son expérience, nous le prions d'agréer l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

Au moment d'embrasser cette carrière de médecin que nos maîtres nous ont fait aimer, et de quitter la vie d'étudiant qui nous était si chère, une tristesse nous prend, car c'est à un peu de nous-mêmes qu'il nous faut dire adieu. Durant ces années, dont le temps ne pourra effacer le souvenir, nous n'avons trouvé qu'amitié franche et cordiale et que joyeuse camaraderie ; il ne nous reste plus qu'à dire un « au revoir » ému à tous nos familiers et à tous les amis que le « torrent de la vie » peu à peu disperse, au hasard des routes et des chemins.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DES DIVERTICULES
DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

Définition et Historique.

« On désigne, pour adopter la définition de Gayet et Gauthier, sous le nom de diverticules de la vessie, des expansions de la cavité vésicale, faisant saillie à l'extérieur de l'organe et communiquant avec la cavité vésicale par un goulet rétréci ou collet et par un orifice étroit et circulaire, ordinairement contractile, constituées par les éléments mêmes de la paroi vésicale plus ou moins modifiés dans leurs proportions relatives ; ces expansions étant permanentes et autonomes, indépendantes de tout glissement de la paroi dans un sac herniaire, ou pincement à travers un orifice pathologique ou traumatique de la musculature abdomino-périnéale. »

Cette définition ne fait pas de distinction entre les diverticules acquis et les congénitaux, mais elle élimine les cellules vésicales, les vessies doubles, les bas-fonds anormalement déformés, les cystocèles ; elle rejette une des

caractéristiques énoncées par Durrieux, reconnue inconstante depuis, à savoir l'absence d'un orifice urétéral dans la cavité.

Signalés comme trouvailles d'autopsie par Raulin, Riolan, Blasius, Collot, les diverticules ne commencent à être étudiés qu'à partir du XVIII^e siècle, avec Littre et Morgagni, qui essaient d'expliquer leur formation par les calculs ou la rétention prostatique, avec Houstel (1740) qui regarde déjà les diverticules comme des hernies de la paroi interne de la vessie ; vers la même époque, Bonet publie l'autopsie du savant Cazaubon, Lieutaud parle de hernie tuniquaire, Chopart de cystocèle interne ; Cruveilhier précise l'anatomie pathologique, Civiale (1836) étudie la symptomatologie ; enfin Robelin, dans sa thèse de 1886, résume l'état de la question.

A partir de 1890, commence la période féconde en découvertes de tout genre : Dienst approfondit l'histologie ; Knorr, Verhogen, Pasteau, Albarran, établissent le diagnostic cystoscopique ; Czerny et Pousson la thérapeutique chirurgicale.

La thèse de Durrieux (1901) rassemble toutes les données acquises en un ouvrage qui fait époque en la matière et auquel on n'ajouterait que bien peu de choses qu'il n'ait signalées ou pressenties.

Pathogénie, anatomie pathologique, symptomatologie, étude clinique et thérapeutique, techniques opératoires, sont fouillées dans ces dix dernières années dans les thèses d'Etienne (1911), Charbonnier (1911), Busson (1913), Le Berre (1921), dans l'article d'Estor et Vialleton dans l'Encyclopédie, dans les travaux de Rochet (1922), le rapport de Gauthier et Gayet (1922), enfin dans les *Archives urologiques de la clinique de Necker*, rédigées par Legueu et Papin.

Durrieux, dans sa thèse, étudie avec soin les complications des diverticules et, parmi elles, les complications infectieuses, mais il ne parle pas, et personne avant lui

n'en avait parlé, de la tuberculose. Il est vraiment étonnant que l'on ne songe pas encore à la possibilité d'une bacillose diverticulaire, quand l'affaiblissement de l'organe, les lésions inflammatoires, la contamination facile de l'urine, la formation d'une cavité presque close, en un mot tout en favorise l'éclosion. Le premier Etienne cite les observations de Corner et Rowtur et de Jeanbrau ; Charbonnier signale la possibilité d'une tuberculisation et cite les observations connues. L'observation de Cortis passe inaperçue, et c'est tout dernièrement que M. le Prof. Duvergey eut l'occasion d'observer et de suivre un cas de ce genre, cas sur lequel il se propose d'attirer l'attention.

Curiosités cystoscopiques, surprises opératoires ou trouvailles d'autopsie, les diverticules tuberculeux n'ont été signalés que très rarement ; nous n'avons pu réunir que quatre observations dont deux seulement sont vraiment typiques, celles de Jeanbrau et de MM. Duvergey-Dax ; celle de Cortis ne décrit guère qu'un diverticule à la première phase de tuberculose, congestion et lésions inflammatoires banales dans une vessie atteinte de cystite spécifique. Quant à l'observation de Corner et Rowtur, il semble bien, et c'était l'avis de Charbonnier, qu'il ne s'agit là que d'un cystocèle et non d'un diverticule hernié, car pour porter ce dernier diagnostic il faudrait avoir observé que le collet ne correspondait pas au canal inguinal.

On fait difficilement de la clinique avec un petit nombre de cas, un chapitre de pathologie avec des suppositions et des hypothèses, le raisonnement ne remplace pas l'observation, aussi serons-nous souvent un peu embarrassé et le bagage de nos connaissances en la matière nous semblera parfois bien léger.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Présence d'un ou de plusieurs diverticules et tuberculose forment deux entités morbides distinctes ayant chacune leur pathogénie propre et dont les symptômes associés forment un syndrome. Il serait trop long et hors de notre sujet d'approfondir ici la pathogénie si discutée encore des diverticules vésicaux ; qu'il nous suffise de résumer l'état de la question.

Deux grandes théories, s'appuyant chacune sur des faits précis, sont en présence : la théorie mécanique et la théorie congénitale.

La première est la plus ancienne ; elle a été défendue par Littre (calculs enchatonnés). Morgani, puis Cruveilhier, ont mis en lumière le rôle des obstacles à la miction (fréquence des cellules et des diverticules chez les prostatiques). Hinmann a plaidé en faveur de cette thèse et a essayé de compléter la théorie en invoquant le jeu des muscles abdomino-périnéaux et le sens dans lequel s'exerce la pression.

La rareté des diverticules comparée à la fréquence des obstacles à la miction, l'existence chez les jeunes sujets, le siège habituel au voisinage de l'ouraque et des uretères, la bilatéralité parfois observée, l'orifice étroit à collet tortueux, la musculature quelquefois aussi épaisse que celle de la vessie (Durrieux), l'existence normale chez le fœtus (démontrée par les expériences d'Englisch) de bosselures de la vessie au-dessus et en dehors et au-dessous et en dedans des orifices urétéraux, constituent de réels arguments en

faveur de la théorie congénitale. Les expériences d'Englisch établissant la présence d'une zone congénitalement faible sont complétées par les études embryologiques de Vialleton, qui démontrent que la région de moindre résistance est d'origine mésodermique et constituée par la partie terminale du canal du mésonéphros (conduits génitaux et uretères) qui, débouchant dans le cloaque, forme de chaque côté une corne dont le développement progressif aboutit à la fusion de sa cavité avec la cavité vésicale. Cette disposition, le canal de Wolf s'atrophiant de bonne heure chez la femme, n'existe que chez l'homme, ce qui expliquerait la rareté de cette affection chez le sexe féminin. Ajoutons à cela la notion d'insuffisance tissulaire congénitale (Tuffier et Bouchard).

Pour la pathogénie de la tuberculose vésicale, l'accord commence à se faire ; la tuberculose primitive, dont quelques cas ont été observés, est une rareté (mémoire de Jungano). L'infection peut se faire par voie sanguine, par voie génitale, plus fréquemment suivie par le bacille de Koch mais très exceptionnellement encore, enfin par voie descendante. La fréquence de tuberculose rénale uni ou bilatérale, facilement et précocement dépistée grâce à nos moyens d'exploration : cystoscopie, cathétérisme uretéral, examen cystobactériologique et inoculation de l'urine, nous permet d'affirmer que, dans la majorité des cas, l'infection se fait par voie descendante.

Mais tous les tuberculeux rénaux qui pissent journellement du pus et des bacilles de Koch n'ont pas toujours une vessie malade, même à un stade avancé de leur affection ; il faut des causes adjuvantes transformant cet organe en « *locus minoris resistentiæ* » ; parmi ces causes, il convient de placer l'existence de diverticules vésicaux. Les troubles de la miction qu'ils entraînent, la fatigue et le surmenage qu'ils imposent au muscle vésical dont une partie de la contraction est employée en pure perte à refouler de l'urine dans leur cavité d'où elle ressort, la contraction finie, créant

un nouveau besoin d'uriner, sont des causes favorisantes de premier ordre ; il faut ajouter la fréquence des diverticulites, de cette inflammation banale mais sournoise qui évolue longtemps sans symptômes bien inquiétants, mais entame la muqueuse, crée des portes d'entrée par où s'introduira le bacille et des anfractuosités où il se logera et commencera son œuvre de destruction.

Examinons un autre aspect de la question : voici un malade atteint de cystite tuberculeuse et dont la vessie, à musculature et à parois faibles, présente des cellules et des colonnes, ébauches de diverticules. La pollakiurie achevant d'épuiser cet organe et la douleur créant un réflexe de défense, une rétention plus ou moins durable entrecoupée de fausse incontinence s'installera, le muscle entrera en période de décompensation, se laissera dilater et plus facilement dans les points faibles, les cellules s'agrandiront, les « hernies tuniquaires » vraies se produiront, les diverticules préexistants augmenteront de volume.

Et voilà comment ces deux affections bien distinctes, à pathogénie si différente à l'origine, peuvent jouer chacune un rôle important dans la genèse de l'autre, et comment, installées côté à côté, elles s'exacerbent mutuellement.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de la tuberculose diverticulaire diffère peu de celle de la tuberculose pure de la vessie qui, le plus souvent, l'accompagne. Nous distinguerons trois stades dans l'évolution des lésions : un stade de congestion et de placards érythémateux, un stade de granulations, enfin un stade d'ulcérations.

Les placards érythémateux, dont la nature tuberculeuse avait été soupçonnée par Guyon dans les cystites rebelles, et signalée et mise en lumière plus tard par Marion, sont, comme leur nom l'indique, des zones à contours géographiques, congestives, à teinte rouge sombre tranchant nettement sur le reste de la muqueuse rosée, dues à une vasodilatation de défense et déjà à une néoformation vasculaire, débutant le plus souvent dans le trigone ou au voisinage immédiat d'un orifice urétéral, c'est-à-dire à côté des lieux d'élection des diverticules. Ils peuvent gagner de proche en proche la paroi même du diverticule, et là être découverts au cours d'une cystoscopie si l'orifice diverticulaire est assez large, non contracté, et laisse passer quelques rayons lumineux qui, réfléchis sur la paroi, permettent d'apercevoir des placards foncés dont la nuance rouge sombre est encore accentuée par l'insuffisance de l'éclairement.

Puis sous l'épithélium, dans le tissu muqueux, apparaissent les granulations grises. Discrètes, grosses comme un grain de millet, quelquefois à peine perceptibles à l'œil nu, ces granulations restent longtemps isolées, deviennent

rarement confluentes. Elles ont un aspect microscopique classique, ce sont des agglomérations de follicules tuberculeux : cellule géante centrale, cellules épithélioïdes lui faisant couronne, cellules elles-mêmes entourées de cellules embryonnaires.

Plus tard, le centre de la granulation se ramollit, la granulation jaune est constituée par la transformation caséeuse, elle prend l'aspect d'une saillie à sommet blanc jaunâtre; le fragile épithélium qui la recouvre se désagrège et tombe, et apparaît alors une légère ulcération en coup d'ongle (Clado).

La granulation a cédé le pas à l'ulcère tuberculeux, gros d'abord comme une tête d'épingle, à fond déprimé, à bords taillés à pic, injectés de fins réseaux capillaires. Ces petits ulcères, d'abord isolés, se réunissent, s'étendent et forment une ulcération à contours polycyclique, à bords nets, taillés à pic, le fond est rouge, bourgeonnant, recouvert d'un enduit sanieux, blanc jaunâtre ; elle est quelquefois surélevée sur un fond tuméfié (exulcération). Dans le pourtour, la muqueuse présente des granulations en évolution.

Le voisinage immédiat est le siège d'une réaction parfois intense, avec infiltration embryonnaire, épaississement du derme, développement considérable de vaisseaux de néoformation.

A l'action du bacille de Koch vient s'ajouter celle des microbes banaux de la suppuration ; ils occasionnent un gonflement de la muqueuse saine, une rougeur ecchymotique caractéristique et une exsudation de pus et de fongosités.

Laissées à elles-mêmes, les ulcérations gagnent en profondeur, affectant le plus souvent le type ulcéreux simple de Hallé et Motz, rarement le type végétant.

Les lésions retentissent sur le paracyste ; il se forme une gaine scléreuse compacte entremêlée de pelotons adipeux, scléro-lipomatose, caractéristique et presque constante dans la tuberculose de la vessie.

Il faut envisager la possibilité d'abcès froids secondaires, et surtout d'envahissement des ganglions pelviens (Pasteau).

Lorsque la barrière allantoïdienne a été franchie, le péritoine se prend, s'épaissit, des adhérences se créent avec les organes voisins, une péritonite localisée se déclare, l'ascite apparaît ; parfois on assiste à l'éclosion d'une granulie fatale.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

La tuberculose des diverticules de la vessie ne semble pas être une maladie de l'enfance et du jeune âge, c'est surtout chez des adultes que l'on aurait l'occasion de l'observer.

Les débuts de l'affection sont bien obscurs ; porteurs de diverticules souvent congénitaux, qui jusqu'alors le plus souvent sont passés inaperçus, ces malades sont de petits urinaires intermittents, ils ont eu parfois des troubles qui ont pu attirer leur attention sans cependant les inquiéter beaucoup ; dans leur passé on pourrait parfois relever des rétentions d'urine légères et très passagères, le plus souvent une miction très longue à laquelle ils sont habitués, parfois une miction en deux temps, soulignée par quelque décharge purulente, ils ont des douleurs pelviennes vagues attribuées le plus souvent à toute autre cause, enfin ce sont des poly-urinaires. Tout ce tableau clinique semble devoir être surtout attribué à l'existence bien tolérée d'un diverticule, mais il faut cependant faire une place au rôle de la prétuberculose vésicale, sur laquelle a beaucoup insisté Pousson.

Cette phase prodromique vague à début incertain va peu à peu se compliquer, céder le pas à la période d'invasion et franchir la frontière... l'hématurie. « Elle n'est point prétuberculeuse, fait remarquer Legueu, mais due à la congestion provoquée par les premières granulations. » Cette hématurie est comparable à l'hémoptysie de la bacillose pulmonaire. C'est une hématurie spontanée, le mouvement et le repos ne l'influencent en rien, ce qui la distingue

de l'hématurie calculeuse. Elle est souvent peu abondante et teinte seulement légèrement les urines ; elle est, dans l'affection qui nous occupe, plus apparente que dans la tuberculose pure de la vessie parce que se produisant dans un réservoir presque indépendant ou tout au moins communiquant mal avec le reste de la vessie ; le malade, à la fin de la miction ou quelquefois immédiatement après la miction, est subitement frappé par la teinte saumonée, franchement rouge même du dernier jet ou de la deuxième miction tranchant sur la teinte claire, polyurique, de l'urine précédente. Dans la tuberculose vésicale seule, l'hématurie est aussi terminale mais jamais n'occasionne une miction en deux temps.

Une pollakiurie réflexe s'installe, mais pas franche, la contraction vésicale se perd à chasser l'urine dans le diverticule, d'où production de besoins d'uriner fréquents mais de très courte durée, n'occasionnant presque jamais d'incontinence mais créant un état douloureux très pénible et presque constant.

Un dernier symptôme vient s'ajouter aux précédents, c'est la pyurie qui apparaît peu à peu, qui est tenace et se présente dans les tuberculoses diverticulaires typiques sous la forme de décharges soudaines au milieu ou à la fin d'une miction normale ; parfois elle se produit à la suite de changements de position du malade ou à la suite de pressions exercées sur la poche diverticulaire qu'elles tendent à vider. Ces urines purulentes sont acides à cette période (Pousson), ne présentent pas de fermentation ammoniacale ; elles montrent une forte baisse du taux de l'urée au litre. Dans le culot de centrifugation, on trouve des hématies, des cellules épithéliales et « d'innombrables leucocytes déformés, crénelés, irréguliers, dont les caractères devraient être pathognomoniques de tuberculose » (Colombino). Le microscope peut souvent déceler les bacilles de Koch, mais la recherche en est délicate et souvent ils passent inaperçus ; un moyen plus sûr est l'inoculation au cobaye après centrifugation, le résultat est positif dans 80 % des cas.

Voilà donc établi le « syndrome vésical » de Legueu : douleurs, pollakiurie, pyurie, hématurie, tous signes de tuberculisation vésicale mais légèrement adaptés et transformés par le syndrome diverticulaire surajouté.

A cette période apparaissent des troubles généraux : amaigrissement, inappétence, incapacité au travail, affaiblissement extrême, légère fièvre hectique et sueurs profuses, déminéralisation intense, anémie. On peut déceler la présence de foyers tuberculeux séminaux, prostatiques, rénaux surtout et surrénaux, enfin pulmonaires.

Mais la granulation grise va devenir granulation jaune, subir le processus de caséification, et donner l'ulcère tuberculeux, puis l'ulcération, et dès lors nous entrons dans la période d'état.

Trois symptômes dominant le tableau clinique : la douleur, la pyurie, la rétention.

La douleur de la période des ulcérations est un phénomène constant, chez ces malades elle est presque continue, mais augmentée par le besoin d'uriner (dilatation de la vessie et du diverticule), elle atteint son maximum pendant la miction. Celle-ci est longue, difficile, entrecoupée par les spasmes du muscle vésical provoqués par la douleur ; la vessie est de faible capacité et ne se laisse pas distendre par l'urine, mais le diverticule se laisse dilater et peut acquérir peu à peu un volume considérable, ses parois propres ont perdu leur peu d'élasticité et de contractilité et la miction n'est possible que lorsque cesse le spasme de la vessie, d'où miction interminable, souvent suivie presque immédiatement d'un nouveau besoin d'uriner. En dehors de ces crises douloureuses qui se répètent quelquefois quatre à cinq fois par heure, le malade est tenaillé par des sensations de pesanteur et de brûlure irradiées au pubis, à l'ombilic, au périnée, à la verge ; elles atteignent leur paroxysme après la marche ou le moindre exercice.

La pyurie est massive ; à cette période on trouve dans le pus des associations microbiennes en grand nombre, les

urines perdent leur réaction acide du début. Cette pyurie présente les caractéristiques suivantes : elle atteint son maximum à la fin de la miction, c'est-à-dire au moment où l'urine du diverticule n'est plus mélangée à celle plus claire de la vessie. Si l'on veut tenter le lavage de la cavité, tous les efforts sont presque vains, le liquide injecté sort toujours trouble, même si l'on recommence l'opération plusieurs fois.

Un dernier grand symptôme s'installe peu à peu : la rétention. Elle est due à la destruction progressive de la tunique musculaire et à la rétraction cicatricielle de la vessie ; le diverticule peut arriver à contenir d'énormes quantités d'urine putride. Une incontinence fausse et intermittente s'installe et ne permet d'évacuer le trop plein que par regorgement.

C'est la période avancée ; le processus de ramollissement et de caséification a attaqué et dévore la muqueuse, et la tunique musculaire est mise à nu ; des hématuries abondantes se produisent, non plus congestives mais dues à la rupture d'un anévrisme des petits vaisseaux néoformés peu à peu rongés. Le malade s'affaiblit chaque jour, son état empire à vue d'œil, son amaigrissement devient extrême ; il prend un faciès terreux, une physionomie inquiète, la bouche est sèche, l'haleine fétide, une fièvre continuelle à grandes oscillations l'épuise, la douleur le mine, la cachexie s'établit. « Ce n'est pas, a dit Desnos, la cystite qui amène la terminaison fatale, mais les lésions qui l'ont produite, en particulier les lésions rénales. » Dans une adynamie complète le malade succombe aux progrès de la cachexie, de la tuberculose rénale, d'une complication soudaine ou d'une affection concomitante.

CHAPITRE V

Signes et Diagnostic.

Le diagnostic de tuberculose diverticulaire ne peut être établi que lorsque l'on a déjà décelé la présence d'un diverticule et la nature spécifique des troubles observés ; cela nécessite un double diagnostic. Il peut difficilement se faire par l'observation seule du malade, cependant l'étude des antécédents, des symptômes, de la miction surtout, donnent de précieux renseignements, complétés par l'examen et l'analyse des urines.

Le cathétérisme de la vessie devra être prudemment employé, car il peut entraîner des poussées suraiguës ; il montre une grande sensibilité de l'urèthre, du col et de la vessie. Il permet de mesurer la capacité de cette dernière qui n'est jamais normale, soit considérablement diminuée, soit augmentée d'une façon déconcertante, selon que l'orifice diverticulaire laisse pénétrer le liquide, ou que la contraction de défense le ferme. Un nouveau renseignement est fourni par le lavage ; dans les affections de la vessie, en prolongeant l'opération, il est presque toujours possible d'obtenir un liquide clair ; dans ce cas particulier, il ressort toujours louche de la sonde, à cause de l'apport de pus incessant et de la grande difficulté qu'il y a pour faire pénétrer la solution dans la cavité diverticulaire.

Le palper hypogastrique peut révéler la présence d'une tumeur dans la région vésicale, de volume variable et disparaissant après la miction, provoquée souvent par la pression. On peut, en examinant les fosses iliaques, sentir un empâtement, quelquefois une adénite.

Le toucher rectal chez l'homme, le toucher vaginal chez la femme, doivent toujours être pratiqués ; ils permettent d'explorer le bas-fond de la vessie, la sensibilité de l'organe, la région urétérale souvent indurée, « cartonnée », la prostate et les vésicules séminales souvent malades. Ils peuvent enfin faire découvrir un diverticule rétro-vésical ou un noyau de péricystite.

Plus importante que tout cela est la cystoscopie qui, méthodiquement, doit être pratiquée quand il y a des troubles de la vessie ; elle permet à elle seule de porter le double diagnostic, précocement quelquefois. Malheureusement ici, elle se heurte souvent à de grands obstacles qu'il est difficile de vaincre : c'est d'abord la sensibilité de l'urèthre et de la vessie qui ne permet pas l'introduction d'un cystoscope, la diminution de capacité de l'organe qui ne peut supporter une quantité de liquide suffisante ; on pourra essayer les lavements calmants (antipyrine, belladone, laudanum), les instillations uréthro-vésicales d'une solution de novocaïne à 3 %, la rachianesthésie, quelquefois même l'anesthésie générale. Une grande habitude permettra d'opérer avec une capacité vésicale très diminuée. Un autre obstacle est le trouble du milieu ; il faut se servir non seulement d'un cystoscope laveur, mais encore d'un cystoscope à courant continu pouvant renouveler sans cesse le liquide constamment troublé par l'arrivée du pus. Grâce à ce procédé d'exploration, l'observateur peut apercevoir les lésions tuberculeuses de la muqueuse vésicale, de l'orifice urétéral, les plaques congestives, les granulations, les ulcérations, il peut découvrir l'orifice d'entrée du diverticule, apercevoir des fongosités, voir sourdre du pus, voir enfin des lésions caractéristiques ; il peut, si l'orifice est large, éclairer au moins le fond et une partie de la paroi et percevoir la continuation des lésions découvertes au voisinage de l'orifice et dans la vessie ; il peut enfin faire pénétrer une sonde à cathétérisme urétéral, et se faire une idée de la forme, de la capacité de la poche, de la facilité de

drainage et, ainsi, avoir de précieux éléments pour le pronostic et le traitement.

Une dernière méthode d'exploration est la radiographie, qui rend apparent un diverticule ignoré et met sous les yeux la forme, le volume et la localisation.

Il existe plusieurs procédés ; le plus simple et couramment employé est celui de Perthes : l'injection dans la vessie d'une solution opaque (collargol à 5 ou 10 % — bromure de sodium à 10 ou 20 %). Brown introduisait une sonde opaque à limaille de plomb dans le diverticule ; la sonde se recourbait et l'on pouvait se faire une idée ainsi de sa capacité. Ce procédé est rarement employé. La meilleure méthode dans le cas de diverticules rétro-vésicaux est celle de Hinmann, ou cysto-radiographie en deux temps : réplétion à la sonde, puis vidage partiel ; le diverticule, qui est encore plein de solution opaque, tranche sur la vessie transparente.

Les progrès de la radiographie permettent de prendre des clichés dans différentes positions.

Enfin la radioscopie est possible et permet de contrôler « de visu » certains phénomènes, la miction en deux temps par exemple.

Ce n'est qu'après avoir épuisé toutes ces méthodes d'exploration que l'on peut avoir recours à la cystostomie sus-pubienne : le doigt peut pénétrer dans la cavité, sentir un orifice, et l'œil peut, à travers l'incision, apercevoir les lésions.

CHAPITRE VI

Complications et Pronostic.

Porteurs de lésions tuberculeuses avancées siégeant sur la muqueuse de la vessie et du diverticule annexé, ayant presque toujours au moins un rein depuis longtemps envahi par la bacillose, phtisique parfois, le malade épuisé par une cystite atrocement douloureuse, intoxiqué chaque jour davantage par l'infection urinaire et les toxines tuberculeuses et microbiennes, s'achemine très rapidement parfois vers la cachexie terminale ; c'est là une évolution si fréquente dans une maladie de ce genre que l'on serait presque autorisé à la considérer comme normale.

Des complications diverses viennent encore assombrir un pronostic déjà si grave. En premier lieu la formation de calculs : les débris sphacelés de la muqueuse, les associations microbiennes secondaires qui rendent alcaline l'urine d'abord acide, le long séjour d'un résidu plus chargé encore de sels que normalement à cause de la déminéralisation de règle, tout cela peut contribuer à la formation de calculs. Il est inutile d'insister sur la recrudescence de douleur qui accompagne cette complication ; sur une muqueuse déjà entamée et sensible au plus haut point, la présence de ces calculs provoquera, par des traumatismes incessants, l'apparition d'ulcérations de la muqueuse dans des points non encore envahis ; le moindre choc, le moindre mouvement déclanchera des hémorragies qu'il faudra distinguer de celles dues au ramollissement, et qui ne seront calmées que par l'immobilisation absolue.

Une complication fréquente au cours des diverticulites tuberculeuses est constituée par la fermeture de l'orifice de communication, considéré, à tort d'ailleurs, comme une sorte de sphincter et creusé à même la tunique musculaire. La douleur de la cystite, l'excitation des tissus ulcérés et en contact permanent avec l'urine et le pus provoquent une contraction réflexe des faisceaux musculaires qui rapprochent ainsi les bords orificiels agissant comme un sphincter et provoquant l'occlusion du diverticule. Cette occlusion, de plus, est favorisée par l'état même des parois, tuméfiées, œdématisées, profondément infiltrées ; la muqueuse forme tout autour du collet un bourrelet saillant, parfois même recouvert de végétations dues à des tissus de néoformation autour d'arborisations vasculaires, et à des restes de faisceaux musculaires disséqués par le processus ulcéreux.

Cette complication est annoncée par une brusque montée thermique ; l'état général s'aggrave considérablement et en très peu de temps ; l'empâtement augmente dans la région iliaque correspondante. La collection purulente, si l'on n'intervient pas d'urgence (drainage après cystostomie, marsupialisation), peut s'évacuer d'elle-même en se frayant un passage dans la vessie à travers l'orifice forcé, dans le paracyste formant un abcès péri-vésical, dans un organe voisin (vagin-rectum) en laissant une fistule rebelle, à l'extérieur à travers la paroi abdominale, enfin dans le péritoine entraînant une péritonite foudroyante.

Nous avons vu comment le paracyste est envahi par la scléro-lipomatose, dans cette gangue protectrice allantodienne l'infection peut progresser, une inflammation chronique banale souvent, spécifique quelquefois, peut se déclarer. Marion, au Congrès d'Urologie de 1913, a rapporté un cas d'abcès froid véritable développé au contact d'une vessie malade. Ces collections purulentes peuvent s'ouvrir dans le diverticule ou la vessie, suppurations secondaires

qui viennent se greffer sur la première, cavités anfractueuses qui viennent s'ajouter au diverticule déjà dans l'impossibilité de se drainer convenablement.

Après la barrière allantoidienne, le péritoine réagit, s'épaissit, s'organise, crée des adhérences, mais l'infection voisine le gagne à son tour et apparaissent l'ascite, l'empâtement, la péritonite localisée, qui ne tardera pas à gagner de proche en proche toute la séreuse, si la terminaison fatale n'est pas précipitée par l'ouverture d'un abcès du paracyste, la rupture de la vessie (Wallis) ou par une granulie fatale.

De cette étude clinique, nous pouvons déduire un pronostic très sombre; les débuts lents et sournois, où rarement le diagnostic est posé, contrastant avec l'évolution rapide de la période d'état, la coexistence de deux facteurs pathologiques (tuberculose et infection urinaire), les difficultés devant lesquelles on se trouve pour instituer un traitement médical efficace ou pour tenter une cure radicale car « la chirurgie des diverticules n'est pas une chirurgie pour tout le monde », la notion de tuberculose rénale concomitante toujours de haute importance, la présence de foyers tuberculeux en évolution dans différents points de l'organisme, l'affaiblissement rapide et la cachexie précoce, tout cela contribue à donner à cette affection un caractère d'exceptionnelle gravité. Le pronostic est encore assombri par la possibilité de complications qui viennent hâter encore la terminaison fatale.

CHAPITRE VII

Essai de thérapeutique.

A) Traitement de la tuberculose des diverticules.

Si la tuberculose vésicale est susceptible d'une guérison spontanée, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une vessie avec diverticule. Les obstacles multiples que cette complication fait surgir, la présence d'un résidu urinaire dans une cavité mal drainée, les ulcérations ou la virulence du bacille de Koch est encore augmentée par les associations microbiennes multiples, la formation et la stagnation de pus en cavité close, tout cela nous fixe une règle de conduite et nous oblige à modifier en certains points la thérapeutique ordinaire de la tuberculose de la vessie.

Il est une chose que nous ne devons pas oublier, c'est que la tuberculose vésicale et diverticulaire primitive est une rareté, le porteur de lésions de cette nature est un tuberculeux urinaire, rénal ordinairement, c'est souvent en plus un tuberculeux pulmonaire, enfin un candidat à une généralisation, à une granulie, péritonéale fréquemment. De toute évidence, le traitement général prime tous les autres, les grandes lignes seront celles de toute lutte antituberculeuse avec hygiène sévère, grand air, héliothérapie modérée, nourriture fortifiante, viandes saignantes et aliments riches en sels, enfin et surtout reminéralisation selon la méthode de Ferrier, sans oublier l'opothérapie endocrinienne préconisée par Sergent et son école.

Ce n'est pas à dire que le traitement local soit insignifiant mais, dans ces affections de longue durée, il est souvent

décevant, douloureux, devant être contrôlé par la cystoscopie toujours très pénible, souvent impossible ; il finit par lasser le malade qui se contente volontiers de l'amélioration passagère qu'une désinfection provisoire de sa vessie ou qu'une néphrectomie lui ont procurée.

Le nitrate d'argent, bien que susceptible de donner des améliorations passagères en faisant disparaître les lésions infectieuses banales, est très mal toléré par ces malades ; on a même pu dire que ce médicament pouvait servir de pierre de touche pour le diagnostic. On doit rejeter la pratique des grands lavages vésicaux irritants pour la muqueuse, douloureux par la distension qu'ils causent et, par cela même, extrêmement dangereux car ils peuvent amener une rupture de la poche diverticulaire dont les parois amincies à l'état normal et peu résistantes sont encore entamées par l'infection. La seule méthode rationnelle est la méthode des instillations préconisée par Guyon.

Colin a préconisé le gaïacol, mais une des médications les plus recommandables est l'instillation d'huile goménolée à 20 % (Pasteau).

Des traitements plus audacieux peuvent être tentés, par exemple l'injection d'acide phénique à 6 % et l'enfumage iodé de la cavité diverticulo-vésicale à travers une sonde en gomme et répété tous les huit jours, ou plus souvent suivant la tolérance du malade.

Une méthode digne d'intérêt, et qui mérite bien la vogue dont elle a joui il y a quelques années, est celle de Marion qui a obtenu de réels succès par les injections de bacilles lactiques Bulgares.

Nous signalerons seulement le traitement par les diverses tuberculines, médication appelée sans doute à un grand avenir, mais qui donne actuellement encore des résultats bien inconstants et expose à bien des déceptions.

Enfin, en thérapeutique vésicale, il faut compter avec les progrès continuels de l'endoscopie qui, déjà, ont permis d'aller sous le contrôle de la vue porter au contact même

des lésions des substances caustiques (chlorure de zinc — nitraté d'argent) ou la pointe d'un galvano-cautère. La méthode de l'étincelage électrique de Heitz-Boyer peut donner quelques bons résultats.

En présence d'une affection si douloureuse, il est à peine besoin de dire que le praticien aura à sa disposition tout le petit arsenal thérapeutique de la médication symptomatique, il pourra utiliser parfois la morphine, sera quelquefois satisfait par les suppositoires à l'antipyrine, à la belladone, par les lavements laudanisés. L'administration de pilules de bleu de méthylène chimiquement pur peut amener une sédation des phénomènes douloureux. Il convient encore de citer la méthode de pansement de la vessie par les instillations d'huile de vaseline iodoformée à 5 %.

Ces malades devront être l'objet d'une surveillance journalière; fréquemment en rétention, ils devront être sondés; on pourra tenter le cathétérisme du diverticule par les voies naturelles à l'aide d'une sonde urétérale, puis d'une sonde en gomme introduite avec prudence sous le contrôle de la cystoscopie.

Il nous reste à parler du traitement chirurgical de la tuberculose diverticulaire. Quelle est la conduite à tenir ? La question est parfois délicate ; certes, on peut être tenté par une intervention sanglante, mais la cure radicale par résection ne peut être appliquée à un diverticule à parois ulcérées profondément infiltrées, entourées d'adhérences solides et d'une carapace élaborée par la péricystite, de plus le péritoine est là, dans le voisinage immédiat, coiffe parfois le diverticule comme dans les vessies dites en sablier. Doit-on courir le risque d'amorcer une tuberculose péritonéale avec laquelle il faut compter ?

En matière de tuberculose vésicale, ceci est un point de pathogénie dument établi, il faut tout de suite songer à l'atteinte presque certaine d'un ou des deux reins et, sur cette notion, orienter son traitement. La néphrectomie est la règle en présence d'une tuberculose rénale unilatérale

bien reconnue et si l'intégrité fonctionnelle de l'autre rein est assez complète pour qu'il puisse à lui seul assurer la fonction. Le soulagement immédiat, la régression souvent rapide des lésions, la guérison même, parfois observée après la néphrectomie seule, sont des raisons suffisantes de tenter cette intervention lorsqu'on est en présence d'une tuberculose diverticulo-vésicale avec tuberculose rénale concomitante.

Pour éviter l'épuisement du muscle vésical, soulager la douleur provoquée par des mictions incessantes, en cas de cathétérisme difficile, le chirurgien aura à sa disposition une opération palliative, la cystostomie par taille sus-pubienne, qui avec des délabrements minimes, en respectant le péritoine, pourra parer au plus pressé, mettre au repos le muscle fatigué, assurer un drainage constant, mettre même à portée de la vue des lésions qui pourront être traitées séparément.

Il est des opérations plus audacieuses mais qui peuvent assurer l'isolement fonctionnel complet de la vessie qui « mise au repos absolu peut jouir de cette accalmie profonde que donnent toutes les exclusions que fait la chirurgie au pylore, à l'intestin par exemple », nous voulons parler des néphrostomies uni ou bilatérales par implantation de l'uretère ou des uretères dans l'intestin ou encore par abouchement à la peau de la région lombaire. Mais ces interventions sont trop graves pour pouvoir être tentées ordinairement.

Un cas reste à envisager : un diverticule de la vessie atteint de tuberculose, à la suite d'un traitement heureux ou d'une des interventions chirurgicales citées plus haut, peu à peu s'est guéri ; les ulcérations se sont cicatrisées, et l'on ne trouve plus de trace des lésions spécifiques ; la vessie a recouvré une partie de son intégrité, l'état général du malade s'est notablement amélioré, seule persiste la gêne mécanique causée par la présence d'une cavité communiquant avec la vessie et les symptômes fonctionnels d'un

diverticule banal. On peut dans ce cas songer à la cure radicale, à l'extirpation, mais il faut être bien certain d'une guérison complète et le fait doit être rare ; il faut compter aussi avec les difficultés opératoires au milieu des adhérences, de la scléro-lipomatose et de la fibro-calcification. Ne risque-t-on point de réveiller un foyer qu'on croyait éteint et qui n'était qu'endormi ? Un chirurgien prudent hésitera toujours, n'interviendra peut-être jamais, se contentant du résultat acquis et, s'il veut parfaire son œuvre, se bornera à modifier l'orifice d'entrée du diverticule pour établir une communication suffisante entre les deux cavités et éviter ainsi toute stagnation et infection secondaire.

B) Lutte contre la rétention et l'infection secondaire.

Il est deux complications dont la fréquence est si grande qu'elles sont presque de règle dans la phase avancée de la tuberculose diverticulaire ; nous voulons parler de la rétention et de l'infection secondaire.

Toutes deux sont justiciables d'une même thérapeutique chirurgicale, car nous ne reviendrons pas ici sur l'antisepsie que nous avons étudiée plus haut. Un but est à atteindre : assurer l'écoulement de l'urine et du pus, éviter la stagnation et la formation d'une cavité close où ne pourront pénétrer ni les drains ni les médicaments, en un mot drainer.

Nous avons déjà mentionné le cathétérisme de la vessie que l'on tente immédiatement, l'application d'une sonde à demeure et le cathétérisme possible quelquefois de la cavité diverticulaire, mais ce ne sont là que des interventions palliatives ; malgré le mauvais état général du malade encore compliqué par l'infection secondaire, malgré le péritoine et la menace d'une généralisation, il est des cas où il faut avoir recours à des opérations plus graves ; « lorsqu'il n'y a pas d'alternative entre laisser mourir son

malade sans rien tenter et risquer une dernière chance de salut » (Gayet et Gauthier). La cystostomie est ici de règle et il convient de rappeler ce point récemment souligné par Legueu, c'est qu'après une cystostomie, le muscle vésical étant mis au repos, les piliers se rapprochent, les cellules s'aplatissent, les orifices diverticulaires s'effacent et, au lieu d'amener un soulagement, on ne provoquera qu'une recrudescence de l'infection en cavité absolument close. Aussi la cystostomie doit toujours être complétée par l'introduction d'un drain dans la ou les cavités diverticulaires, rigoureusement repérées et étudiées par la cystostomie ou la radiographie avant l'intervention. En règle générale donc, ne jamais se contenter de la cystostomie, mais la compléter par le drainage méthodique et continu du diverticule infecté.

Il est des cas (cf. obs. 4) où le diverticule est directement accessible derrière la paroi abdominale, soit qu'il soit par rapport à la vessie antérieur, antéro-supérieur, supérieur même après le refoulement de cet organe, on tentera donc dans ce cas la marsupialisation : la « diverticulectomie » avec drainage de la vessie par sonde urétrale et diverticulaire.

Il ne nous reste plus qu'à mentionner le traitement d'urgence des occlusions diverticulaires par marsupialisation directe ou trans-vésicale, l'évacuation et le drainage des collections purulentes par voie sus-pubienne ou périnéale, enfin la laparotomie avec désinfection du péritoine en cas de péritonite au début.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Edred CORNER et Cecil W. ROWTUR.)

Un cas de tuberculose d'un diverticule⁽¹⁾ de la vessie trouvé dans une hernie inguinale.

Un enfant âgé de dix-huit mois fut admis à l'Hôpital des Enfants Malades en juillet 1904. S'il faut en croire sa mère, l'enfant avait présenté une grosseur du côté droit du scrotum depuis sa naissance ; cette grosseur variait de dimensions d'un moment à l'autre, et, quand l'enfant était couché, elle disparaissait presque complètement. D'une manière générale, la tumeur avait augmenté de volume. On ne décelait aucune trace de douleur ni de symptômes urinaires.

A son admission, l'enfant présentait une tuméfaction de taille moyenne du côté droit du scrotum, s'étendant depuis l'orifice externe du canal inguinal jusqu'à un point situé juste au-dessous du testicule. L'examen ne provoquait ni douleur, ni miction. On fit le diagnostic de hernie irréductible dans un sac distinct de la vaginale.

Dans le court laps de temps pendant lequel le malade fut observé avant l'intervention, aucun changement notable ne survint dans son état.

Pour l'opération, le canal inguinal fut ouvert sur toute sa longueur et on s'aperçut alors que le cas n'était pas banal ; on ne pouvait trouver aucune enveloppe péritonéale, seul apparaissait du tissu fibro-graisseux en quantité surprenante. Une

(1) Cette observation, citée dans la thèse d'ETIENNE et dans d'autres travaux, le mémoire de GAYET et GAUTHIER entr'autres, n'est pas, à proprement parler, une observation de tuberculose diverticulaire, il s'agit d'un simple cystocèle. Mais il existe en clinique tant d'analogies entre un cystocèle et un diverticule que nous avons cru bon de reproduire cette traduction presque en entier.

dissection plus attentive mit à nu une couche de muscle qu'on incisa et on rencontra une membrane fibreuse très fine qui, traversée, laissa s'écouler quelques centimètres cubes d'une urine pâle et claire. Le liquide s'échappait doucement, mais son émission était augmentée à chaque inspiration. L'examen au doigt et à la sonde montra indubitablement que l'on avait ouvert un diverticule de la vessie. La région inguinale gauche fut examinée en passant un doigt dans la vessie, mais sans résultat. On essaya alors de séparer le diverticule du cordon dont les éléments épars faisaient corps avec sa face externe et antérieure. Ceci fut assez aisé à la partie supérieure, mais à la partie inférieure ils adhéraient intimement au sommet de la vaginale. A cet endroit le diverticule, qui dans ses autres parties avait une conformation uniforme, se montrait assez notablement épaissi ; grâce à la présence d'une dépression il ressemblait, à la vue et au toucher, à un col utérin.

Le diverticule fut isolé ; il était long de six centimètres ; il fut excisé au niveau de l'orifice interne du canal inguinal ; on sutura la vessie par deux couches de sutures continues ; l'opération fut terminée d'après la méthode de Bassini, et la plaie fut refermée sans drainage.

La pièce retirée montra une muqueuse qui ressemblait à la muqueuse de la vessie, mais elle était plus grenue et, à l'extrémité inférieure du sac, à l'endroit épaissi, il y avait quelques ulcérations superficielles. La pièce fut mise dans une solution conservatrice et réservée pour des examens ultérieurs. Au cours de l'opération, des recherches très sérieuses ne purent déceler la moindre trace de sac péritonéal herniaire coexistant, et nous devons regarder ce cas comme une hernie de la vessie du type extra-péritonéal pur.

.....
La pièce fut envoyée à un anatomo-pathologiste qui trouva que la partie épaissie et ulcérée de la portion inférieure du sac présentait une infiltration typique de cellules épithélioïdes et embryonnaires avec formation de cellules géantes indiquant la nature tuberculeuse. Cela nous surprit beaucoup étant donné l'absence de symptômes et le bon état général de l'enfant, un examen très sérieux n'ayant pu démasquer une autre trace de tuberculose.

Le malade fut rétabli en une quinzaine de jours, sa cicatrice était en parfait état. Deux mois après l'opération, cependant, il fut ramené à l'hôpital, son abdomen ayant augmenté de plus en plus de volume au cours des semaines précédentes. On trouve à l'examen une notable quantité de liquide dans le péritoine, pas de tuméfaction, pas d'accroissement ganglionnaire.

La laparotomie est pratiquée quelques jours plus tard et, après évacuation d'un liquide jaunâtre, citrin, presque clair, on s'aperçoit que le péritoine pariétal et viscéral est rouge, congestionné et couvert de tubercules miliaires. On examina aussi l'emplacement de la première intervention et on trouva que le péritoine, à l'orifice interne du canal inguinal, était plus lisse que normalement, sec, et la plaie était complètement fermée.

L'enfant guérit très bien, le liquide ne se reforma plus ; il quitta l'hôpital convalescent. Il a été examiné par l'un de nous il y a quelques semaines ; et, actuellement (quatorze mois après la seconde intervention), il se trouve en excellente santé et ne présente aucun signe de récurrence, soit de hernie, soit de tuberculose. Ce cas est intéressant d'une part en raison de la présence de tuberculose dans une hernie de la vessie, unique en son genre, d'autre part à cause de la facilité avec laquelle l'enfant guérit de ce que nous avons regardé comme une granulie péritonéale.

OBSERVATION II (JEANBRAU.)

Sur un cas de tuberculose d'un diverticule de la vessie.

Jeanbrau montre une planche représentant l'orifice d'un diverticule vésical. Il l'avait découvert chez un malade qui présentait des lésions de cystite tuberculeuse. Les bords de l'orifice sont fongueux et il lui a paru certain que toute la paroi du diverticule devait l'être. Aussi s'est-il borné à conseiller un traitement palliatif. S'il avait tenté de réséquer ce

diverticule, il aurait dû ouvrir le péritoine, car il était situé en haut et à droite et il aurait presque certainement amorcé une tuberculose péritonéale.

OBSERVATION III (CRISTOL.)

Sur un cas de vessie diverticulaire.

Le malade, rentré à l'hôpital dans un état de cachexie avancée, présentait des signes de cystite avec polyurie trouble, amicrobienne. La cystoscopie n'avait pu être pratiquée en raison du mauvais état général. Le toucher rectal avait montré un empâtement douloureux de la paroi vésicale postérieure, au point de faire songer à une tumeur vésicale maligne. L'absence d'induration, cependant, permettait de mettre en doute ce diagnostic.

L'autopsie démontra que le malade avait succombé à une tuberculose génito-urinaire bilatérale, au stade miliaire et à début rénal vraisemblable.

La vessie était à parois très friables, vascularisées, infiltrées de granulations grises, et présentait la particularité d'être biloculaire sans que l'on puisse retrouver la moindre trace de colonnes. On notait en effet une première cavité vésicale, la vraie, de dimensions à peu près normales, dans laquelle venaient s'aboucher les uretères, et qui donnait suite au canal de l'urèthre. Sur la paroi latérale gauche, se trouvait un orifice ovalaire, à rebords arrondis, de la dimension d'une prune, mettant en communication la première cavité avec une deuxième de dimensions plus grandes, égalant celle d'une grosse orange, à parois identiques, violacées et infiltrées et contenant de l'urine purulente avec dépôts épais. Le large diverticule débordait la vessie sur le côté gauche et venait se mettre en rapport avec la face vésicale postérieure dans les deux tiers environ, offrant ainsi un abord au doigt rectal.

OBSERVATION IV (DUVERGEY et DAX.)

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY,
Déjà publiée en partie dans la thèse de TINGAUD.)

Sur un cas de tuberculose d'une vessie en sablier.

B. M..., 34 ans, entre à l'hôpital le 14 septembre 1922.

Antécédents. — Quatre ou cinq blennorragies. Tousse depuis plusieurs années.

Le malade fournit les renseignements suivants : présente depuis cinq mois un écoulement urétral abondant, il est gêné pour uriner. En juin, il remarque un gonflement du testicule gauche ; il souffre peu. Il y a deux mois, il constate sur la face antérieure des bourses un bouton rouge, dit-il, qui a éclaté donnant issue à une substance blanchâtre avec trainées sanguinolentes. Hospitalisé pendant dix jours, sort sans amélioration. L'écoulement persistant, les troubles urinaires augmentent : brûlure pendant toute la durée de la miction, mictions fréquentes, n'amenant chaque fois que quelques gouttes d'urine ; il entre à l'hôpital le 14 septembre.

A l'examen, on notait chez ce malade une grosse épидидymite gauche fistulisée depuis un mois et une carpérite abcédée qui fut ouverte au bistouri le lendemain de son entrée. Du côté urétral, un explorateur n° 15 décelait une série de ressauts et une sonde de même calibre évacuait difficilement quelques grammes d'urine très purulente. Le toucher rectal décelait des lésions de prostatovésiculite tuberculeuse et l'examen de l'état général, et en particulier de l'appareil pulmonaire, confirmait bien le diagnostic de la nature tuberculeuse de toutes ces lésions génito-urinaires. Bien que le sondage évacuat un peu d'urine, un globe vésical se dessinait à la région hypogastrique ; la sonde n'arrivait pas jusqu'à lui et s'arrêtait probablement dans une caverne prostatique. Dans ces conditions, une cystostomie fut faite le 19 septembre et évacua plus de deux litres d'urine ; une sonde de Pezzer fut placée dans l'orifice hypogastrique et le malade fut soigné dès lors par des instillations d'huile goménolée faites par la sonde hypogastrique dans la vessie, et par une sonde urétrale dans la caverne prostatique.

CYSTORADIOGRAMME.



(Schéma emprunté à la thèse de TINGAUD.)

L'examen du pus prélevé à l'aide d'une sonde n'a pas révélé de bacille de Koch, mais la présence d'une flore microbienne variée où prédominent le staphylocoque et les bacilles type coli.

Une cystoradiographie (Fig.) faite après injection d'une solution bromurée à la fois par l'urèthre et par la vessie, permet de constater, comme le montre le schéma radiographique, deux ombres : l'inférieure interprétée alors comme étant celle de la caverne prostatique, l'ombre supérieure comme étant celle de la vessie.

Le 16 octobre 1922, sous rachi-anesthésie, le doigt est introduit dans la fistule hypogastrique et, par là, dans la cavité, tandis qu'un béniqué pénètre dans l'urèthre.

Le doigt vésical est séparé très nettement du béniqué par une épaisseur notable de tissu ; dans la région cervicale (ou plutôt dans ce que l'on croit être le col) il existe un anneau un peu serré qui est dilacéré de façon à pouvoir faire commu-

niquer aussi largement que possible la cavité sous-jacente avec la cavité supérieure considérée comme la vessie.

Une sonde de Nélaton n° 18 est ainsi introduite dans l'urètre par la cavité supérieure, au travers de la cavité inférieure.

Les instillations d'huile goménolée sont continuées tous les jours par la sonde urétrale et par la sonde hypogastrique. Les lésions continuent à évoluer et le malade meurt le 11 janvier de cachexie tuberculeuse.

Les pièces nécropsiques montrent tout d'abord deux reins volumineux dont le bassinet contenait de l'urine purulente et dont le parenchyme présente quelques granulations tuberculeuses. Les deux uretères sont dilatés, mais l'intérêt principal de la pièce réside dans l'appareil urinaire inférieur. D'abord volumineuse caverne prostatique dans laquelle butait la sonde sans pouvoir parvenir à la vessie ; au-dessus se trouve la vessie, de capacité réduite, dont la paroi est considérablement épaissie, à surface interne tourmentée et recouverte de végétations polypoïdes. Les uretères viennent déboucher dans cette cavité. Enfin, au-dessus de la poche vésicale, communiquant avec elle par un véritable col, se trouve une deuxième poche dont les caractères macroscopiques sont tout différents de la vessie, la paroi en est très mince et, sur la surface interne, très lisse, on voit une ulcération bacillaire typique ; c'est sur cette poche qu'avait porté la cystostomie. L'examen histologique (M. le Prof. Sabrazès) montre un tissu conjonctivo-musculaire. Tissu nécrosé dans lequel est emprisonné un filet nerveux. Pas de cellules géantes dans ce foyer mais phénomènes de pycnose, nécrose en faveur de l'idée de tuberculose. D'autres foyers semblables sur les bords du segment remis et des cellules géantes. Pas de polynucléose. On ne trouve pas de tubercules bien constitués. Nombreux filets nerveux emprisonnés dans cette masse.

L'interprétation la plus plausible est qu'il s'agit là d'une vessie en sablier, c'est-à-dire d'une vessie surmontée d'un volumineux diverticule ouraquien qui n'avait pas échappé à la tuberculisation de tout l'appareil urinaire.

CONCLUSIONS

- I. — Parmi les infections des diverticules de la vessie, une place importante doit être réservée à la tuberculose. Les diverticules tuberculeux ont été jusqu'à ce jour rarement observés et plus rarement diagnostiqués.
- II. — De pathogénie à l'origine distincte, diverticules et tuberculose ne sont d'abord que deux entités morbides coexistantes ; mais elles ne tardent pas à jouer un rôle important vis à vis l'une de l'autre, elles se compliquent, s'aggravent mutuellement, et finissent par s'unir intimement pour donner lieu à un syndrome.
- III. — Le syndrome de la tuberculose diverticulaire est l'ensemble des syndromes vésical, tuberculeux et diverticulaire, mais remaniés, transformés, adaptés entre eux et sujets à des variations sensibles suivant que domine l'un d'eux.
- IV. — Le diagnostic doit surtout être fait par les antécédents, l'observation clinique, l'étude des troubles de la miction, l'examen et l'analyse des urines, enfin l'exploration physique complétée par la cystoscopie et la radiographie.

V. — Les complications sont fréquentes. La cachexie survient rapidement, due à l'intoxication de l'organisme par l'infection urinaire et bacillaire. Le malade est souvent porteur de lésions tuberculeuses dans d'autres organes, presque toujours les reins, souvent les organes génitaux, fréquemment les poumons. Il faut craindre les pyélonéphrites, l'occlusion du diverticule, les péricystites et les abcès du paracyste, la granulie, la péritonite.

VI. — Le pronostic est très sombre, la guérison spontanée est rare ; au contraire, l'évolution ou la terminaison fatale est presque de règle, hâtée encore par une complication ou les progrès d'une affection concomitante.

VII. — Les grandes lignes de la conduite à tenir en présence de diverticule tuberculeux seront : un traitement médical énergique, général ; symptomatique local (désinfection, modification).

Cathétérisme de la vessie et du diverticule.

Un traitement chirurgical.

a) d'urgence : marsupialisation, cystotomie.

b) palliatif : néphrectomie, néphrostomie ;
modification de l'orifice diverticulaire.

c) radical : extirpation.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 2 Mai 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BUSSON. — Traitement radical des diverticules de la vessie. (Thèse de Paris, 1913.)
- CATHELIN. — Les méthodes modernes d'exploration de l'appareil urinaire.
- GLADO. — Note pour servir à l'étude des lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose vésicale. (*Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1887.)
- CORNER et ROWTUR. — Sur un cas de tuberculose d'un diverticule de la vessie trouvé dans une hernie inguinale. (*The British Journ. of Children' Diseases*, décembre 1905, n° 12, p. 554.)
- COTTALORDA. — Les diverticules de la vessie. (*Marseille Médical*, 1923, p. 278.)
- CRISTOL. — Sur un cas de vessie diverticulaire. (*Journal d'Urologie*, 1918, t. VII, p. 589.)
- DESNOS. — Les péricystites et les paracystites allantoïdiennes. (*Encyclopédie française d'Urologie*, t. IV.)
- DELORE et CHALIER. — La tuberculose génitale chez l'homme et la femme.
- DURRIEUX. — Les diverticules de la vessie. (Thèse de Paris, 1901.)
- DUVERGEY et DAX. — Sur un cas de tuberculose d'une vessie en sablier. (Société anatomo-clinique de Bordeaux, 28 janvier 1923.)
- EZTZBEICHOFF. — La tuberculose de la vessie. (*Encyclopédie française d'Urologie*, t. IV.)

ESTOR et VIALLETON. — Les diverticules de la vessie. (Encyclopédie française d'Urologie, t. iv.)

ETIENNE. — Les diverticules de la vessie. (Thèse de Montpellier, 1911.)

GAYET et GAUTHIER. — Rapport sur les diverticules de la vessie. (Association française d'Urologie, octobre 1922.)

GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.

— Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie.

HALLÉ et MOTZ. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la tuberculose urinaire. (*Annales des mal. des organes génitaux urinaires*, 1903.)

JEANBRAU. — Présentation de vues cystoscopiques. (*Montpellier Médical*, t. xxvii, p. 450, 1908.)

JUNGANO. — La tuberculose primitive de la vessie. (*Journal d'Urologie*, 1914, t. v.)

LAMBERT. — Les diverticules de la vessie. (Thèse de Bordeaux, 1901.)

LE BERRE. — Les calculs diverticulaires. (Thèse de Paris, 1921.)

LAGARDE (DE). — Ce qu'il faut savoir des diverticules de la vessie. (*L'Hôpital*, 8 décembre 1922.)

LEGUEU. — Les diverticules de la vessie. (*In* Traité LE DENTU et DELBET.)

— Traité chirurgical d'Urologie.

— Les diverticules de la vessie. (*Progrès Médical*, n° 3, 1922.)

LEGUEU et PAPIN. — Les diverticules de la vessie. (*Archives urologiques de la clinique de Necker*, t. III, fasc. IV, décembre 1922.)

MARION. — Résection des diverticules vésicaux. (*Journal d'Urologie*, t. IV, 1923, p. 285.)

— Traité d'Urologie.

- MARION. — Traitement des cystites tuberculeuses par les injections de bacilles lactiques. (Société de chirurgie de Paris, 1914. — *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, n° 19, p. 655.)
- Les péricystites tuberculeuses. (Congrès d'Urologie, 1913, p. 256.)
- MARION et HEITZ-BOYER. — Traité pratique de cystoscopie.
- NORMAND. — Enfumage iodé dans la tuberculose vésicale. (*Journal d'Urologie*, t. v, 1914, p. 271.)
- POUSSON. — Procédé de l'exclusion appliqué à la cure radicale des grandes cellules vésicales. (*Bulletin et Mémoires Société de chirurgie*, 1900, p. 1103.)
- Conférences sur les maladies de la vessie et de la prostate.
- Précis des maladies des voies urinaires.
- PRAT. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique de Hartmann.
- ROCHET. — Chirurgie de la vessie basse (t. xvii, n° 5).
- TINGAUD. — Contribution à l'étude des grandes cavernes prostatiques. (Thèse de Bordeaux, 1923.)
- WALLIS. — Rupture d'une cellule vésicale. (*Univers. Journal Philadelphie*, février 1894.)
-

